

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THÈSE

N° 857

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Christian, Marie, Daniel PLET

Né le 5 Avril 1940 à POIGNY-LA-FORÊT (92)

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DE 44 CAS DE TUBERCULOSE
INVÉTÉRÉE TRAITÉS EN MILIEU SANATORIAL
AU COURS DES ANNÉES 1967 1968

Président : Monsieur H. BROCARD (Professeur)

DACTYLO - SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI*

1969



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1969

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Christian, Marie, Daniel PLET

Né le 5 avril 1940 à Poigny-la-Forêt (92)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

ETUDE DE 44 CAS DE TUBERCULOSE INVETEREE

TRAITES EN MILIEU SANATORIAL

AU COURS DES ANNEES 1967 et 1968

--

Président : Monsieur H. BROCARD (Professeur)

--

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS - 6ème

1969



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), BENARD (H), BERNARD (E),
 BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E),
 CHAILLEY-BERT (P), CHEYMOL (J), COSTE (F.),
 DEBRE (R), DECHAUME (M), GALLIARD (H), GAUDARD
 d'ALLAINES (F.de), GENNES (L.de), GIROUD (A),
 HAZARD (R), HEUYER (G), LACOMME (M), LAMY (M),
 LAROCHE (G), LELONG (M), LEVY (Mlle J), LEVY-
 SOLAL (E), LIAN (C), MADURO (R), MARCHAL (G),
 MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P),
 PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTHILLIS (D),
 PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), SENEQUE (J),
 STROHL (A), TANON (L), TURPIN (R), VERNE (J).

DOYEN

Georges BROUET

1er assesseur

Daniel BARGETON

2e assesseur

Jean GOSSET

A - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

		MM.
Anatomie	.....	{ DELMAS (A)
	.....	{ HUARD (P)
à titre personnel	.....	CABROL (Ch)
-	-	OLIVIER (G)
Anatomie et Cytologie patho-	.....	DELARUE (J)
logiques à titre personnel	.....	NEZELOF (Ch)
-	-	ORCEL (L)
Biochimie médicale	.....	{ JAYLE (M.F)
	.....	{ DESGREZ (P)
	.....	{ POLONOVSKI (J)
Chimie Pathologique	.....	SCHAPIRA (G)
à titre personnel	.....	CARTIER (P)
-	-	DREYFUS (J.Cl)
Biologie médicale (à titre per-	.....	BOURLIERE (F)
sonnel)	.....	HARTMANN (L)
Biophysique médicale	.....	{ BUGNARD (L)
	.....	{ DJOURNO (A)
	.....	{ DOGNON (A)

Biophysique médicale		
à titre personnel	.....	KELLERSHOHN (L)
-	-	GOUGEROT (L)
-	-	ROUCAYROL (J.Cl)
Cancérologie expérimentale	.....	MATHE (G)
Génétique fondamentale	.....	LEJEUNE (J)
	{	COUJARD (R)
Histologie et Embryologie	{	TUCHMANN-
		DUPLESSIS (H)
à titre personnel	.....	RACADOT (J)
Microbiologie	.....	FASQUELLE (R)
Bactériologie et Virologie	.....	TOURNIER (P)
à titre personnel	.....	BARBIER (P)
Parasitologie	.....	LARIVIERE (M)
Pathologie expérimentale et comparée	.....	MERKLEN (F.P)
à titre personnel	.....	LOEPER (J)
Pharmacologie	{	BOISSIER (J.R)
		LECHAT (P)
	{	BARGETON (D)
Physiologie	{	MALMEJAC (J)
		PARROT (J)
à titre personnel	.....	DEJOURS (P)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	.....	SCHERRER (J)

B - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

I°- Médecine

Biologie médicale	.....	FAUVERT (R)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	.....	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	.....	BOYER (J)
Médecine du Travail	.....	DESOILLE (H)
Médecine légale, droit médical et déontologie	.....	DEROBERT (L)
Pathologie exotique	.....	BRUMPT (L.C)
	{	BUGE (A)
	{	BRICAIRE (H)
Pathologie médicale	{	CORNET (A)
	{	HOUSSET (E)
	{	LAROCHE (Cl.)

Pathologie médicale

à titre personnel	AZERAD (E)
- -	BOUR (H)
- -	BROCARD (H)
- -	CAROLI (J)
- -	FACQUET (J)
- -	LAMBLING (A)
- -	LAUNAY (Cl.)
- -	PAYET (M)
- -	PERRAULT (M)
- -	SIGUIER (F)
- -	WORMS (R)
- -	BOUVIER (J)

Pathologie respiratoire TURIAF (J)

Pathologie et Thérapeutique

générales	MAURICE (P)
Thérapeutique	LAMOTTE (M)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE (J)
- - (Broussais).....	SOULIE (P)
Clinique dermatologique (St-Louis)	DUPERRAT (F)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis).....	DEGOS (R)
Clinique endocrinologique (Pitié).....	DECOURT (J)
Clinique des maladies infectieu- ses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
à titre personnel	BASTIN (R)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
à titre personnel (neuro- psychiatrie)	PICHOT (P)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière).....	CASTAIGNE (P)
Clinique neurologique (Salpêtrière).....	GARCIN (R)
à titre personnel	LHERMITTE (F)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)

Clinique des maladies du sang					BERNARD (J)
(Broussais)					ANDRE (R)
à titre personnel (hématologie)					BOUSSER (J)
-	-	-	-		DREYFUS (B)
-	-	-	-		DEPARIS (M)
			Bicêtre		MILLIEZ (P)
			Broussais		PEQUIGNOT (H)
			Cochin		BARIETY (M)
Cliniques médi-			Hôtel-Dieu		DREYFUS (G)
câles			Pitié		BOUDIN (G)
			Saint-Antoine		CONTE (M)
			-		KOURILSKY (R)
			-		JUSTIN-
Clinique médicale propédeutique					BESANCON (L)
(Broussais)					
Clinique thérapeutique médicale					LEMAIRE (A)
(Saint-Antoine)					
Clinique et Séméiologie médicales					DOMART (A)
(Antoine-Chantin)					BOUVRAIN (Y)
Séméiologie médicale (Lariboisière)					RAMBERT (P)
-	-	(Pitié)			WOLFROMM (R)
-	-	(Rothschild)			
Clinique d'Hydrologie et de Cli-					DEBRAY (Ch)
matologie (Bichat)					GIBERTON (A)
à titre personnel					
Clinique médico-sociale du diabète					DEROT (M)
sucré et des maladies métaboliques					HAMBURGER (J)
(Hôtel-Dieu)					RICHET (G)
Clinique néphrologique (Necker)					CROSNIER (J)
à titre personnel					
-	-				
Clinique de Génétique médicale					ROYER (P)
(Enfants-Malades)					
Clinique des maladies des enfants					MOZZICONACCI (I)
(Enfants-Malades)					
Clinique médicale infantile et de					MARIE (J)
pédiatrie sociale (Enfants-Malades)					BRISSAUD (H)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)					LESOBRE (R)
à titre personnel					
Clinique de pédiatrie et de pué-					THIEFFRY (S)
riculture (Saint-Vincent-de-Paul)					

MM.

Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G)
à titre personnel	KREIS (B)
- -	MEYER (A)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A)
	{ LEDOUX-
Electroradiologie	{ LEBARD (M)
	{ LEFEBVRE (J)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
à titre personnel	FISCHGOLD (H)
- -	TUBIANA (M)
- -	CHERIGIE (E)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SEZE (S.de)
Clin. toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M)
2°- <u>Chirurgie</u>	
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
	{ LAURENCE (G)
Pathologie chirurgicale	{ KUSS (R)
	{ N...
à titre personnel	RAMADIER (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A)
Chaires de Cliniques :	
Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
à titre personnel	BREHANT (J)

MM.

Cliniques chirurgicales	{ Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
	{ -	BAUMANN (J)
	{ Cochin	LEGER (L)
	{ Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	{ St-Antoine	GOSSET (J)
	{ Salpêtrière	SICARD (A)
	{ Tenon	OLIVIER (Cl.)

Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Saint-Louis)	DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)	PADOVANI (P)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)	CAUCHOIX (J)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M)
à titre personnel	CHIGOT (P.L)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F)
Clinique obstétricale (Saint-Antoine)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
à titre personnel	LEBEAU (J.)

MM.

Clinique ophtalmologique(Cochin)	EREGET (P)
- - (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	CERNEAUX (I)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P)
- - (Necker)	COUVELAIRE (R)

C - PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	GILLOT (Cl.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D)
Bactériologie	LE MINOR (L)
	{ CARTIER (P)
Biochimie médicale	{ GONNARD (P)
	{ NORDMANN (J)
Chirurgie	CERBONNET (G)
	{ BESSIS (M)
Hématologie	{ BILSKI-PLASSQUIER(G)
	{ BLANCHER (G)
Hygiène	{ CORRE-HURST(Me L)
	{ CECCAL (P)
Médecine légale	{ HADENGUE (A)
	{ FOURNIER (E)
Médecine générale	AUSSANNAIRE(M)
Maladies infectieuses	DUPONT (V)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G)
Pédiatrie	ROSSIER (A)
	{ COURSAGET (J)
Physique médicale	{ GREMY (F)
	{ PELLERIN (P)
	{ DURAND (J)
Physiologie	{ GIRARD (Fr.)
	{ HUGELIN (A)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A)
Pharmacologie	SCHMITT (H)

D - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVER- SITES ETRANGERES

Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)
	Pr.s.ch.

E - PROFESSEURS ASSOCIES

	MM.
Hormonologie	MORICARD (R)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D)
Néphrologie	MAXWELL (M)
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Conseiller administratif	M. SALLIER (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	{ M.le Docteur HAHN (J)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mme FORGET (F) Mlles DUMITRE (P), LAURENT(H), LE NOIR(G)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J) Mlles DUROZOY(M.F) ROBERGE (D), LE QUANG LINH (G), REUGE (M)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A mon Père,

A ma Mère,

A ma Femme,

A STANISLAS, mon Fils,

A tous mes Parents et Amis

A Monsieur le Professeur Henri BROCARD,
Professeur à la Faculté de Médecine de
Paris,
Médecin de l'Hôpital Tenon,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,

En hommage de ma reconnaissance
et de mon respect.

A la mémoire du Professeur Pierre JOANNON

A Monsieur le Professeur Jean RISTELHUEBER,

Qui m'a accueilli dans son Service du
Centre hospitalier de Saint-Denis,

En témoignage de gratitude pour son
enseignement.

A Monsieur le Docteur Yves BACCLE,

Médecin-Directeur du Sanatorium de
Villepinte,

Qui a bien voulu me guider de ses
conseils,

Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde reconnaissance.

ETUDE DE 44 CAS DE TUBERCULOSE INVETEREE
TRAITES EN MILIEU SANATORIAL
AU COURS DES ANNES 1967 et 1968

-:-

INTRODUCTION

-:-

Le sanatorium est l'endroit de prédilection où nous avons à traiter des cas de tuberculoses anciennes, et dont le premier traitement n'a pu empêcher l'apparition d'une évolution ultérieure.

Si certaines de ces tuberculoses se comportent comme des atteintes fraîches avec leur pronostic en général bénin, d'autres, par contre, paraissent de prime abord se ranger dans les plus mauvais cas, de ceux dont on ne sait à priori si l'on pourra leur opposer une thérapeutique efficace.

Il nous a paru intéressant de rassembler tous les dossiers des deux dernières années se présentant sous cet aspect peu favorable, en nous soumettant aux critères suivants :

- première atteinte remontant à plus d'un an,
- cette atteinte ayant été traitée,
- bacilloscopies positives lors de l'évolution actuelle.

Nous retiendrons les dossiers des malades ayant présenté anciennement une atteinte manifeste, traitée correctement ou insuffisamment, sans que l'on s'attarde outre mesure à la notion de régression ou de latence ou de

chronocité des lésions entre temps.

En effet, cette notion, comme l'a souligné Brocard, est en général très difficile à préciser.

Le deuxième critère nous permet d'éliminer les tuberculoses dont le traitement a été simplement retardé par défaut de dépistage ou par négligence.

Enfin, ayant choisi de nous intéresser à l'évolution de ces tuberculoses anciennes, nous avons été conduits à ne conserver que les malades présentant une bacilloscopie positive : car, en cas de bacilloscopie négative il est parfois très difficile de savoir si l'on a affaire à une tuberculose en activité ou à une tuberculose séquellaire.

Par ailleurs la présence de bacilles, même si elle ne s'accompagne pas d'évolution à proprement parler des lésions (qui ne serait considérée que dans le sens de l'aggravation) met en évidence la persistance d'une population bacillaire en activité dont il sera intéressant d'étudier la disparition sous l'action du traitement.

Nous avons peu de recul. De plus, il s'est avéré extrêmement difficile de recevoir des renseignements valables sur les malades sorties depuis un certain temps.

Nous nous bornons donc à étudier l'efficacité immédiate du traitement dont l'élément le plus clair sera la négativation des bacilloscopies.

Le schéma suivant sera utilisé pour l'étude de chaque cas :

- date de la première atteinte,
- traitement utilisé,
- date de reprise du traitement actuel,
- description sommaire des lésions,
- signes associés,
- sensibilité des germes
- bacilloscopies :
 - BK+ = BK + **Lame** et culture,
 - C = BK + culture, O **Lame**,
 - B = BK + sur **Lame** et O culture,
 - BKO = BK O **Lame** et culture
- traitement,
- résultats généraux et locaux.

Nous analyserons les résultats en fonction de l'extension des lésions au moment du traitement, de la sensibilité des germes, de la formule thérapeutique. Enfin, dans la mesure du possible, nous verrons quelle conclusion tirer de cette étude.

OBSERVATIONS

-:-

OBSERVATION 1 -

Madame P... Rose-Marie, 35 ans.

Tuberculose pulmonaire, remontant à 1960 : localisation au poumon gauche. BK + Traitement triple associé classique à domicile, puis hospitalisation en octobre 1960 et création d'un pneumothorax gauche (conservé 2 ans) en janvier 1961.

1966 : janvier :

découverte d'une cavité de l'apex droit.
BK + Antibiothérapie triple associée :
Streptomycine + PAS + INH

17 octobre :

hospitalisée au C.C.M.L. en vue d'une solution chirurgicale. Devant les signes d'évolutivité, le traitement sanatorial préparatoire est décidé.

28 octobre :

Entre à Villepinte.

Bacilloscopies +

Antibiogramme	Streptomycine	= D
	PAS	= R
	INH	= R

Radio : atteinte LSD polymorphe avec

cavité apicale et opacités plus discrètes dans le reste du poumon.

A gauche, image nodulaire et trabéculaire derrière le hile d'aspect fibreux.

Traitement de relais comportant :
1314 I.V., Cyclosérine, Piraldine,
Ethambutol, Terramycine.

Les divers signes d'activité tuberculeuse sont réduits progressivement :

1967 : janvier :

BK 0

radio : nettoyage progressif des images pathologiques, la caverne réduisant fortement son volume sans disparaître entièrement.

24 mai :

lobectomie supérieure droite au C.C.H.C.
(Centre Chirurgical Marie-Lannelongue)
suites opératoires simples et satisfaisantes.

15 octobre :

départ autorisé avec ordonnance de
Cyclosérine, Ethambutol, Trévintix.

OBSERVATION 2 -

Madame M... Sultane, 35 ans.

Tuberculose au long cours remontant à 1949 :
excavation du sommet gauche, BK +, traitée à
Saint-Antoine par un pneumothorax puis 11 mois
en sanatorium.

1958 : Rechute traitée en ville par PAS, Strep-
tomycine, Rimifon pendant 12 mois.

1966 : février :
atténuation de l'état général, fièvre
persistante.

Juillet :

Hospitalisation à l'hôpital Tenon
BK +

Radio : à G. séquelles pleurales avec
une poche calcifiée et de nom-
breuses cavités sous-jacentes
à bords épais ainsi que quelques
éléments nodulaires alentour.

à D. lobe supérieur rétracté
avec limite scissurale un peu
élevée et une cavité sous-jacen-
te avec des opacités denses.

21 juillet :

mise au traitement triple : PAS + Strep-
tomycine + INH.

13 septembre :

entre à Villepinte

état général satisfaisant

B en septembre

l'antibiogramme de Tenon montrera une
sensibilité conservée.

Traitement : Sorbi-PAS + Trécator I.V. +
Rimifon + Kanamycine (rem-
placée le 2 novembre par
la Streptomycine).
Série de 12 ampoules de
Calciférol à raison d'une
ampoule de 15 mg tous les
10 jours per os.

Evolution radiologique lente au début,
mais qui devait s'améliorer rapidement
à partir de mai 1967.

1967 : sur les tomos du 15.9.67 :
persistance de la pachy-plurite du som-
met G. avec quelques nodules fibreux
sous-jacents et à D. tractus fibreux
inter-hilo-axillaires - disparition to-
tale des cavités.
BK 0 à partir d'octobre 1966.

23.9.67 :
départ autorisé avec B. PAS calcique,
Rimifon, Trécator.

OBSERVATION 3 -

Madame F... Yvette, 35 ans.

Septembre 1960 : tuberculose bilatérale traitée pendant 26 mois par traitement triple classique.

Septembre 1963 : reprise de travail, mais la malade n'est pas suivie régulièrement ensuite.

27.12.67 : à l'occasion d'une visite systématique de Médecine du Travail : découverte d'images pulmonaires évolutives, bilatérales.

10.1.68 : BK +

17.1.68 : entre à l'Hopital Tenon
radio-tomos : réticulation très dense du sommet G. ; macro nodules du tiers supérieur des 2 poumons, cavité du sommet . BK +

24.1.68 : début du traitement : Rifampicine + PAS + Kanamycine.

11.3.68 : BK
résistance à Streptomycine.

3.4.68 : entre à Villepinte
BK 0 pendant tout le séjour.
Radio-tomos : opacités denses macro-nodulaires disséminées dans la moitié supérieure des 2 champs avec petite image cavitaire à l'apex G.
Traitement modifié le

25.4.68 : La Rifampicine est remplacée par
INH + Trécator.
Reçoit en outre 6 ampoules de Calci-
férol.

23.9.68 : arrêt de la Kanamycine.

13.12.68 : tomos : coiffe pleurale à l'apex G.
et quelques opacités fibro-nodulai-
res aux 2 sommets.

21.12.68 : départ autorisé avec Rimifon +
Trécator.

OBSERVATION 4 -

Madame L... Odette, 36 ans.

Première atteinte tuberculeuse pulmonaire en 1957, traitée pendant 11 mois par antibiothérapie triple associée classique à Amélieles-Bains, puis en sanatorium. Surveillance régulière ensuite au dispensaire de Drancy.

1966 : juillet :

apparition d'une asthénie qui deviendra très importante.

octobre :

lors d'une visite systématique de médecine du Travail, découverte radiologique d'une opacité pulmonaire G. Les tomos montrent une opacité dense multi-excavée inter-cléïdo hilare G.

BK + souche sensible.

14 novembre :

Entre à Villepinte.

Traitement : Trécator I.V. + INH + Kanamycine.

Addition de PAS en février 1967 et arrêt de la Kanamycine.

En avril remplacement du PAS mal toléré par la Piraldina.

BK O à partir de décembre, avec B en janvier.

Radio : fonte mrogressive de la masse d'aspect caséeux ainsi que sa rétraction ; il persistera en fin de séjour une image de perte de substance détergée, bordée à sa partie externe d'une petite opacité dense.

1967 : 9 septembre :

la malade peut continuer son traitement à domicile avec une ordonnance de Trévintix + INH.

OBSERVATION 5 -

Madame L... Renée, 43 ans.

Tuberculose pulmonaire bilatérale découverte en juillet 1964, traitée pendant 4 mois à Compiègne, puis en sanatorium, successivement par PAS, Streptomycine, Rimifon, Trécator, Viomycine, Cyclosérine et Kanamycine.

La malade quitte le sanatorium contre avis médical et ne se soigne plus.

1966 : juin :

Récidive. Hospitalisation à l'Hotel-Dieu et mise au traitement : Rimifon, Trévintix, Streptomycine.

La malade quitte l'hôpital le 20 juillet, mais n'entre à Villepinte que le

1^{er} septembre.

Etat général très mauvais. Malade pouvant à peine marcher. Dyspnée permanente, cyanose, toux, expectoration muco-purulente, température 38-38°

BK +

Radio-tomos : lésions très importantes ulcéro-caséeuses atteignant à D. surtout le L.S. et à G. tout le champ avec évidemment du L.S.

mise au traitement : Sorbi-PAS + Trécator I.V. + Rimifon ° Viomycine 3 g par semaine + Kanamycine 3 g par semaine + Piraldina + Terramycine.

27 septembre :

arrêt de la Viomycine en raison d'une forte réaction cutanée allergique.

19 décembre :

antibiogramme lu : résistance au Rimifon, à la Streptomycine, au Trécator, d'où arrêt de celui-ci remplacé par

Ethambutol.

Amélioration spectaculaire de l'état général.

BK + en octobre, en Novembre B, en décembre BK O.

Evolution radiologique remarquable :
détergement très important à G. avec
une base bien dégagée et à D. persistance de quelques nodules et tractus
sus et sous-claviculaires.

1967 : le 5 mars :
malheureusement la malade ne revient
pas de permission.

OBSERVATION 6 -

Madame L... Gaby, 37 ans.

Tuberculose pulmonaire remontant à 1952,
traitée alors par calcium et sels d'or.

1964 : traitée à domicile par Streptomycine,
Rimifon.

1966 : 30 mars :
hospitalisation à Saint-Camille pour
un épisode diarrhéique et un bilan pul-
monaire est pratiqué.
Radio : importantes lésions bilatérales.
BK +
Mise au traitement : Streptomycine 3 g
par semaine + Rimifon + Trécator.

18 avril :
Vient poursuivre son traitement à
Villepinte.
Etat général médiocre
BK +
Radio-tomos : importantes lésions bila-
térales avec au sommet D. 2 cavernes
entourées de tractus fibro-caséeux et
à G. cavité occupant tout l'hémithorax
avec masse caséuse autour.
Mise au traitement : Rimifon + Trécator
+ PAS + Piraldian + Streptomycine.
Celle-ci devait être arrêté le 5.5.66
et remplacée par Cyclosérine.

30 juillet :
antibiogramme lu : résistance à Strep-
tomycine et Rimifon.
Amélioration rapide de l'état général.

septembre :

à partir de cette date BK 0

Parallèlement évolution radiologique satisfaisante avec détergement des tractus fibro-caséux et d'une des 2 cavernes.

1967 : tomos du 13 mars :

à G. aspect détergé - sommet D. : bulle rétro-claviculaire avec petit tractus fibreux.

15 avril :

départ autorisé avec ordonnance de Rimifon + Trécator + B.PAS + Cyclosérine.

OBSERVATION 7 -

Mademoiselle F... Claudine, 31 ans.

Tuberculose remontant à 1964, traitée irrégulièrement.

juillet 1967 : hospitalisation à Saint-Louis
pour une grave altération de
l'état général.

BK +

Traitement : Rimifon + PAS + Trécator +
Piraldiana.

9.10.67 : transfert à l'hôpital Tenon.
état général encore très mauvais.
C + Souche sensible.
Radio : lésions majeures avec larges
cavités dans le poumon D. et début
d'ensemencement de la partie moyenne
du champ G.
Traitement : Rimifon + PAS + Trécator
(souvent remanié).
Peu d'amélioration.

20.1.68 : Rifampicine + PAS + Kanamycine.

11.2.68 : Entre à Villepinte
état général médiocre ; même traitement.
radio-tomos : évidemment du sommet D.
avec cavités sous-jacentes et opacités
caséieuses.
BK O durant tout le séjour
amélioration de l'état général mais
pas sur le plan radiologique.

22.4.68 : Rimifon + Streptomycine + Ethambutol
6 ampoules de Calciférol.
Dès lors évolution radiologique satisfaisante.

Prise de poids.

Radio du 16.9. : il persiste une cavité sous-claviculaire D. entourée d'opacités floues et quelques opacités à la partie inférieure du champ D.

28.9.68 : part sans autorisation.

o

OBSERVATION 8 -

Madame G... Adèle, 22 ans.

1952 : primo-infection avec atteinte pulmonaire G. ; séjour de 5 mois à l'hôpital, puis d'un an en préventorium où elle prend INH seul.

Août 1963 à février 1964 : hospitalisation en raison d'une tuberculose cavitaire du sommet G., BK +
Traitement par INH, Trécator I.V., PAS, Streptomycine, Viocine. Exérèse proposée puis refusée par la malade.

Février 1964 à novembre 1964 : prend à domicile de l'Isoburzacyl fort. Persistance à la fin de l'année 1964 d'une cavité du sommet G. Surveillance radiologique au dispensaire de Gonesse.

Décembre 1965 : une culture à partir de l'expectoration est +

Juillet 1966 : devant la persistance de la cavité du sommet G. avec des opacités nodulaires nouvelles dans la région axillaire, la malade consent à une exérèse précédée d'un séjour sanatorial.

8.8.66 : entre à Villepinte.

BK + jusqu'en novembre.

Traitement : Trévintix, Streptomycine (arrêtée en septembre) INH, PAS.

Antibiogramme reçu en novembre : résistance au PAS et INH.

On adopte alors la formule : Trévintix, Piraldina, Cyclosérine, Terramycine, Isoxyl, INH.

23.2.67 au 31.3.67 : séjour au C.C.H.L. : résection du culmen G. et du sous-segment apical du Nelson ; suites simples ; pneumopéritoine toujours entretenu en raison d'une poche apicale qui jusqu'en Mai a comporté un niveau liquide. Poursuite du traitement par Isoxyl, Cyclosérine, Terramycine, Trévintix.

9.6.67 : sort sur sa demande.

OBSERVATION 9 -

Madame G... Henriette, 50 ans.

Novembre à Décembre 1964 : hospitalisation à Laënnec pour une pleurésie tuberculeuse G. séro-hémorragique avec lésions nodulaires bilatérales.

BK +

Traitement : INH + Streptomycine + PAS.

4.1.65 à fin mars 65, et 15.5.65 au 15.10.65 : Premier séjour à Villepinte.

BK + à l'entrée

Même traitement

Le séjour est interrompu par une fracture de l'extrémité inférieure du radius et plusieurs sorties irrégulières.

En juin 1965 C + avec résistance à

- streptomycine

- tréacator

- INH

La pleurésie disparaît mais il persiste sur tomos dans la région moyenne G. une caverne à bords épais.

Poursuite du traitement à la post-cure de Dammartin -sur-Tigaux.

29.5.67 au 31.10.67 : séjour au sanatorium de Taverny.

Radio : persistance de la caverne avec en plus opacité en bande du sommet G., un macro nodule axillaire G. et quelques opacités floues de la base G.

Traitement : INH + Tréacator + Viocine, puis après les résultats de l'antibiogramme : PAS + Piraldina + Viocine.

Sortie par mesure disciplinaire.

10.11.67 au 19.10.68 : BK + à l'entrée et en décembre, B + en mars, BK O ensuite. Traitement par Ethambutol + Piraldina + PAS + Disulone + Terramycine + en cures discontinues Viocine et Kanamycine.

Radio-tomos d'octobre : bons résultats. Macro-nodule dense à l'emplacement de la cavité ; opacité fibreuse apicale bien limitée.

Le 19.10.68 : signe sa feuille.

OBSERVATION 10 -

Mademoiselle D... Georgette, 31 ans.

Tuberculose pulmonaire remontant à 1953, ayant été traitée à plusieurs reprises de façon épisodique avec différents antibiotiques.

Octobre 1966 : hospitalisation à Bois-Guillaume pour accès de dyspnée asthmatiforme.
BK +

Radio-tomos : importante cavité apicale G. et quelques éléments fibronodulaires à la partie supérieure du champ D.

Traitement associant : Viocine + Cyclosérine - Piraldina - Terramycine - Ethambutol.

Un essai de traitement par Rimifon et PAS devait faire apparaître une éruption cutanée importante.

Antibiogramme lu le 14.2.67 : résistance au Trécator.

Décembre 1966 : B O mais C + à partir de janvier 1967 BK O

20.1.67 : une radio devait montrer une légère diminution du volume de la cavité.

10.3.67 : transfert au sanatorium de La Tuyolle pour raisons disciplinaires.

29.5.67 : la malade ne rentre pas de permission. L'avenir est ainsi fortement compromis, malgré une très nette amélioration radiologique.

OBSERVATION 11 -

Mademoiselle D... Marie-France, 23 ans.

Tuberculose pulmonaire au long cours, grave, bacillifère, remontant à 1958, et traitée de façon anarchique par PAS - Streptomycine - Rimifon - Trécator, diversement associés ou seuls.

25.1.66 : consulte à Paris le Docteur Brincourt qui nous l'adresse.

21.1.66 : Entrée à Villepinte

BK +

Radio-tomos : lobite supérieure droite excavée et rétractée, et à G. plusieurs cavités, avec dissémination nodulaire bilatérale.

Traitement : Cyclosérine - Piraldina - Kanamycine - Terramycine - Série de 6 ampoules de Calciférol.

Amélioration radiologique assez progressive mais tout de même satisfaisante.

1.3.66 : antibiogramme lu : résistance à la Streptomycine, PAS, INH, 1314.
En mai 1966 B O et C +, en septembre BK + de nouveau et à partir d'octobre 1966 BK O définitivement jusqu'à la sortie.

29.8.66 : antibiogramme lu : résistance en plus à la Kanamycine. Arrêt de celle-ci et l'on ajoute Viocine puis Ethambutol.
Amélioration radiologique régulière surtout à partir de septembre 1966.

Tomos du 3.7.67 : persistance à D. dans la région axillaire de petites clartés avec quelques micro-nodules et à G. un tractus fibreux qui part du hile

jusqu'à la région axillaire.

8.7.67 : l'état général étant très satisfaisant, les bacilloscopies négatives depuis octobre 1966 et les images radiologiques d'aspect fibreux, le départ est autorisé.

o

OBSERVATION 12 -

Madame C... Suzanne, 38 ans.

1952 : tuberculose pulmonaire biapicale, traitée pendant 9 mois en sanatorium par PAS, Streptomycine, Rimifon. A sa sortie il persistait quelques opacités apicales.

Suivie régulièrement jusqu'en 1965 mais sans traitement.

Mai 1966 : à la suite d'un épisode grippal et d'un amaigrissement important consulte son médecin qui fait pratiquer des radio-tomos : grosse cavité irrégulière apicale D.

16.5.66 : entre à Villepinte.

Etat général très moyen ; asthénie.

BK + : sensible.

Radio-tomos : 2 cavités apicales D., irrégulières, entourées d'opacités denses.

Traitement : Trécator I.V. + Rimifon + Kanamycine + Piraldina + Série de 6 ampoules de Calciférol.

Evolution rapidement satisfaisante, les cavités diminuant régulièrement de volume.

BK 0 à partir de juin 1966.

Le traitement commençant à être mal supporté est rémanié en :

août 1966 : PAS + Rimifon + Streptomycine.

20.1.67 : sur les radio-tomos il persiste quelques nodules de petite étendue du sommet D. et une petite calcification.

28.1.67 : départ autorisé avec Rimifon + PAS + Streptomycine.

OBSERVATION 13 -

Madame C... Stanislava, 35 ans.

1951 : Tuberculose pulmonaire D. Séjour de 6 mois en sanatorium et pneumothorax entenu 2 ans.

1967 : janvier :
une radiophoto montre des images supplémentaires au niveau du poumon D. par rapport à 1951, mais toutefois non franchement évocatrices d'évolutivité.
Un examen est pratiqué à partir de l'expectoration, la culture sera positive et l'antibiogramme montrera une sensibilité conservée.

13 avril :
tubage et tomos au dispensaire de Montreuil après le résultat positif de la culture de janvier.
Le bilan radiologique montre un processus pathologique évident et une aggravation manifeste par rapport à la radiophoto de janvier, à savoir :
à D. dans le lobe supérieur nodules et ulcération,
à G. opacité ronde homogène para-hilaire.

2 mai :
Entre à Villepinte.
BK + - à partir de juillet BK 0
Traitement : INH, PAS, Trécator. On ajoute la Streptomycine en juillet.

En août :
l'amélioration radiologique bilatérale est très nette, dépassant 50 % par rapport aux lésions initiales.

A la sortie nettoyage du macro-nodule G. très important, à D. il ne persiste que de petites travées fibreuses ainsi que quelques nodules bien limités.

15.12.67 : Poursuite du traitement à domicile.

o

OBSERVATION 14 -

Mademoiselle C.... Julienne, 46 ans.

Janvier 1965 : amaigrissement, épisode respiratoire fébrile, hémoptysie et découverte d'une tuberculose ulcéro-caséeuse D.

BK +

Début du traitement à domicile : Streptomycine + Rimifon.

Pas d'amélioration notable.

Août 1965 : hospitalisation à Landerneau.

BK +

Traitement : PAS + Streptomycine + Rimifon.

Décembre 1965 : transfert à l'hôpital de Brest.

Le même traitement est poursuivi.

Juillet 1966 : adressée au C.C.M.L. pour une solution chirurgicale. L'état général est très déficient et une insuffisance hépatique sévère fait surseoir à l'intervention.

25.7.66 : la malade nous est adressée pour continuer le traitement médical.

Etat général médiocre.

BK + Résistance à la Streptomycine, PAS et INH.

radio-tomos : lésions étendues du LSD avec nombreuses cavités dans des plaques d'opacité.

27.7.66 : mise au traitement Sorbi-PAS + Trécator + Viocine + Cyclosérine + Piraldina + Terramycine.

PAS arrêté en octobre en raison du résultat de l'antibiogramme.

Evolution satisfaisante avec BK O à partir d'août 1966 et allègement notable des images radiologiques.

Février 1967 : lobectomie supérieure D. au C.C.M.L. Suites simples avec l'appoint d'un pneumopéritoine.

10.3.67 : retour au sanatorium.

Traitement : Trécator, Viocine, Piraldina remplacé par Ethambutol en raison d'une augmentation des transaminases.

1.7.67 : départ autorisé avec le même traitement.

OBSERVATION 15 -

Madame C... Madeleine, 50 ans.

Vers 1961 : découverte d'une atteinte pulmonaire mais la malade refuse son placement en sanatorium.

Août à Septembre 1963 : 1^e séjour à Bichat.

BK +

Lésions ulcéro-nodulaires des 2 lobes supérieures à prédominance D.

Traitement : PAS + INH + Streptomycine.

Septembre 1963 à Mai 1964 : sanatorium de l'Albarine.

Même traitement.

Nettoyage radiologique partiel.

Ne revient pas de permission.

Mai 1964 à Novembre 1964 : en traitement ambulatoire : PAS + suppo Trécator.

16.11.64 au 22.5.65 : séjour au sanatorium de La Tuyolle.

BK +

Radio : tuberculose pulmonaire diffuse bilatérale avec cavités apicales D.

Traitement : PAS + INH + Trécator.

Nettoyage radiologique très important.

Sort malheureusement contre avis médical.

20.1.66 au 11.3.66 : hospitalisation à Bichat.

A l'entrée température à 40°, état général très altéré, éthylisme, polynévrite débutante.

BK + Sensibilité diminuée à la Streptomycine.

Radio : on retrouve les cavernes du sommet D. avec opacités importantes de tout le champ D. A G. nombreuses opacités trabéculaires.

Traitement : INH + PAS + Streptomycine
+ Trécator.

12.3.66 : entre à Villepinle.

BK 0 durant tout le séjour.

Traitement : PAS + INH + Trécator.

Sur le dernier bilan radio : allègement
bilatéral ; il reste une cavité apicale
D. bien détergée et quelques nodules
bien limités ; à G. quelques travées bien
limitées.

13.7.67 : ne rentre pas de permission.

OBSERVATION 16 -

Madame C... Andrée, 32 ans.

Mai 1959 à juillet 1959 : hospitalisation à La Salpêtrière pour une pleurésie séro-fibrineuse D.

Traitement par INH + PAS + Dectancyl.

Envoyée en sanatorium elle n'y reste que 8 jours et ne prend plus aucun médicament ensuite.

Février 1965 : hospitalisation à Tenon pour un épisode aigü fébrile.

BK +

Traitée 1 mois par PAS + Streptomycine + INH mais refuse ensuite de partir en sanatorium et ne suit plus aucun traitement à sa sortie.

30.11.65 au 10.2.66 : 2e séjour à La Salpêtrière. Etat général très altéré.

BK + Sensible.

Radio : grosse atteinte D. avec image ulcéro-caséuse du sommet.

Traitement : PAS + Streptomycine + INH.

14.2.66 : entre à Villepinte.

B + en février et mars, BK 0 ensuite.

Le même traitement est poursuivi ; en juillet la Streptomycine est remplacée par le Trécator.

18.9.66 : sort contre avis médical, mais réadmission le 2.11.66.

Radio : disparition de la civité D., à sa place l'on note des opacités trabéculo-nodulaires encore mal limitées et qui restent à surveiller.

19.3.67 : sort avec un résultat favorable mais encore incomplet.

OBSERVATION 17 -

Madame C... Léonissia, 30 ans.

Il semblerait que la maladie ait débuté vers Noël 1964 et que la malade ait été traitée chez elle par Rimifon + Streptomycine + PAS pendant 9 mois sans grande amélioration.

28.2.66 au 5.4.66 : hospitalisation à Gonesse, pour tuberculose cavitaire importante du sommet G.

BK +

Traitement par INH + PAS + Trécator.

6.4.66 : entre à Villepinte.

Radio-tomos : volumineuse cavité rétro-sus et sous-claviculaire G. entourée d'un bord épais, dense, avec en dessous un infiltrat flou sus-hilaire.

BK 0 durant tout le séjour.

L'antibiogramme montre une résistance au Rimifon.

Le traitement est alors le suivant :

PAS + Trécator + Piraldina + Cyclosérine.

Evolution satisfaisante avec disparition progressive de l'infiltrat sus-hilaire et amincissement des bords de la cavité.

Radio-tomos du 20.9.66 : la cavité apicale G. a pris un aspect très bullisé et une exérèse du LSG est envisagée.

Cyclosérine et Piraldina sont arrêtés fin octobre car mal tolérés.

16.12.66 : lobectomie supérieure G. au C.C.M.L.

6.1.67 : retour à Villepinte.

Mise au traitement Trécator + B.PAS calciq. Réexpansion satisfaisante.

29.4.67 : départ autorisé avec ordonnance de Trécator + B. PAS.

OBSERVATION 18 -

Madame A... Suzanne, 44 ans.

- 1950 : atteinte des 2 sommets.
séjour de 6 mois en sanatorium : 3 mois
de Streptomycine.
Suivie régulièrement mais sans autre
antibiothérapie.
- 7.11.66 : hémoptysie de très faible abondance.
radio-tomos : cavité apicale D.
BK +
- 14.12.66 : entrée à Villepinte.
radio-tomos : caverne rétro et sous-
claviculaire D. bien entourée par un
liséré épais, dense avec quelques nodu-
les autour ; au sommet G. quelques trac-
tus linéaires.
BK + Sensible.
Traitement : PAS + Streptomycine + INH.
Evolution satisfaisante avec amincisse-
ment net des bords de la cavité et di-
minution sensible des opacités alentour.
BK 0 à partir de janvier 1967.
Tomos de juin 1967 : cavité détergée
avec bronche de drainage bien visible
dans un tractus fibreux à D. Persistance
de quelques tractus linéaires à G.
- 28.6.67 : départ autorisé avec iso-PAS + Strep-
tomycine.
- o

OBSERVATION 19 -

Madame B... Renée, 39 ans.

- 1960 : Tuberculose pulmonaire cavitaires G.
traitée à domicile.

Février 1964 à Mai 1964 : hospitalisée à Beaujon pour hémoptysie.

A la sortie refuse d'aller en sanatorium et poursuit à domicile pendant 2 mois un traitement par INH et PAS et Streptomycine.

28.2.67 au 25.5.67 : séjour à l'hôpital de Bobigny.

BK + Sensible.

Radio : opacité D. non homogène mal limitée dans la région axillaire et infiltrat du sommet G.

Traitement : PAS + INH + Streptomycine (48 g) + Tréacator.

A la sortie : disparition de l'opacité axillaire D.

28.5.67 : entre à Villepinte.

BK 0 durant tout le séjour.

On poursuit la même association quadruple mais la Streptomycine est arrêtée au bout de 14 g et remplacée par de la Kanamycine.

Radio : il persiste en octobre 1967 une cavité axillaire D. à 9 cm incomplètement détergée et à surveiller de près.

10.11.67 : sort contre avis médical.

o

OBSERVATION 20 -

Madame B... Blanche, 55 ans.

Mars 1958 : découverte d'une tuberculose pulmonaire dominant à G.

BK +

3 mois de séjour sanatorial.

Antibiothérapie triple classique.
Sort sur sa demande et abandonne tout traitement.

Octobre 1960 : altération importante de l'état général et hospitalisation à St-Louis.
BK +
Lésions ulcérées dans le poumon G. et rétroclaviculaires D. Reprise de l'antibiothérapie triple classique puis poursuit son traitement en sanatorium jusqu'en octobre 1961. Rentre ensuite à domicile mais ne poursuit le traitement qu'un mois.

24.1.67 : hospitalisation à Tenon en raison d'une nouvelle altération de l'état général.
BK 0 à partir d'avril.
Traitement poursuivi par INH + Trécator (remplacé en mai par PAS) + Ethambutol + Piraldina (arrêtée en juillet).
Evolution radiologique très favorable avec amélioration continue.

Juin 1967 : sur les tomos détergement très important, disparition des cavernes, il persiste quelques masses floues et nodules caséux.

27.8.67 : alors que l'allègement radiologique se poursuivait de façon très satisfaisante, quitte le sanatorium.

o

OBSERVATION 21 -

Madame V... Marcelle, 62 ans.

1934 : Tuberculose pulmonaire G. pour laquelle

elle effectue un long séjour au sanatorium de Villepinte.

Traitée par sels d'or et pneumothorax abandonné en 1940.

1940-43 : suivie au dispensaire Calmette.

1963 : suivie à l'hôpital Cochin.

11.1.64 : C + La malade ne prend que de l'INH seul pendant 15 jours.

Mai à Juin 1966 : amaigrissement de 10 kg ;
asthénie.

25.8.66 au 14.10.66 : hospitalisation à Cochin.

Poussée récente au niveau du sommet D.

BK + Sensible.

Traitement : INH + Trécator + Streptomycine.

Début d'amélioration radiologique.

17.10.66 : entre à Villepinte.

BK 0 durant tout le séjour.

INH + Trécator (jusqu'en décembre) +
Streptomycine (arrêtée début décembre)
+ PAS.

Evolution radiologique très favorable :
opacités trabéculaires bien limitées
du sommet D.

2.9.67 : sort du sanatorium en bon état général.

OBSERVATION 22 -

Madame V... Suzanne, 58 ans.

Tuberculose pulmonaire remontant à 1958 soignée 6 mois en sanatorium par PAS + INH + Strep-

tomycine. Quitte le sanatorium sur sa demande.

10 Janvier 1967 : hospitalisation à Tenon pour
asthénie importante, amaigrissement,
toux.

BK +

images excavées des 2 sommets.

Traitement : Rimifon + Trécator.

1.2.67 : entre à Villepinte.

Très mauvais état général, toux, expectoration très abondante.

BK + Sensible.

Radio-tomos : très importantes lésions bilatérales avec à D. volumineuse masse caséuse excavée, et à G. cavernes multiples.

Traitement : Rimifon + Trécator + Ethambutol.

Amélioration très progressive de l'état général et radiologique.

BK + en février et mars

B O en avril et mai

B + en juin.

24.7.67 : sort contre avis médical.

o

OBSERVATION 23 -

Madame V... Marguerite, 61 ans.

Tuberculose ancienne découverte en 1950 et soignée de façon irrégulière à Laënnec et à domicile.

30.8.65 : hospitalisation à Tenon pour une importante altération de l'état général. Rétraction de tout le champ pulmonaire D. avec opacité de la base et évidemment du sommet.

BK +

Bronchoscopie : arbre bronchique D.
rétracté vers le haut et hypersécrétant.
Traitement : PAS + Kanamycine + Piraldina.

Antibiogramme lu le 12.11.65 : résistance à l'INH et Streptomycine.

Angiographie : absence de vascularisation du poumon D.

Exploration fonctionnelle respiratoire :
C.V. effondrée à 900 ml. Le Professeur
Mathey contre-indique formellement une
pneumectomie.

19.11.65 : entre à Villepinte.

Etat général médiocre.

B + mais C O BK O à partir de janvier 66

Radio-tomos : lésions déjà décrites.

Traitement : Piraldina (arrêtée le 9.12-
transaminases), Viocine, Terramycine,
Rimifon (qui remplace la Pirildina)
arrêté le 13.4.66.

1966 : à partir d'avril : PAS + Piraldina
(reprise en février) + Viocine + Ter-
ramycine (arrêtée en août).

28.1.67 : devant la stabilité des images ra-
diologiques et BK O depuis janvier 66 :
départ autorisé avec B. PAS et Viocine.

•

OBSERVATION 24 -

Madame T... Mercédès, 49 ans.

Tuberculose pulmonaire ancienne : atteinte
D. traitée en 1944 par pneumothorax.

1951 : poussée évolutive du côté G. soignée

à domicile par Streptomycine + PAS pendant 4 mois.

De 1952 à 1956 : INH (accompagnée de Streptomycine discontinuée jusqu'en 1954).

1966 : Episode respiratoire fébrile accompagné d'un amaigrissement rapide. La malade nous est directement adressée par son médecin.

4.3.66 : entre à Villepinte.

Radio : opacité totale de l'hémi-thorax D. associée à une atteinte importante du poumon G. : lésions ulcéro-caséeuses apicales et moyenne dont une très importante cavité.

BK + Résistance à Streptomycine, PAS, INH.

Traitement : INH + Trécator + Cyclosérine + Piraldina. Cette dernière interrompue pendant 1 mois en juillet 1966, en raison d'une montée des transaminases, reprise ensuite.

Amélioration radiologique progressive avec bullisation et détersion des foyers parenchymateux.

BK 0 à partir de mai 1966.

13.5.67 : départ autorisé avec ordonnance de Trécator, Rimifon, Cyclosérine.

° .

OBSERVATION 25 -

Madame S... Eliane, 35 ans.

1952 : découverte d'une tuberculose pulmonaire à l'occasion d'un examen prénatal, insuffisamment traitée et négligée.

9.9.66 au 17.10.66 : hospitalisation à Bouci-
caut.

A l'entrée 39°

BK + Sensible.

Radio : à G. nodules dans le sommet et la
région axillaire

à D. nodules de tout l'hémithorax
et dans la région sous-claviculaire vas-
te cavité.

Traitement : INH + PAS + Streptomycine +
Trecator.

Amélioration de l'état général et début
d'amélioration radiologique.

17.10.66 : entre à Villepinte.

BK + et BK 0 en décembre

Le même traitement est poursuivi mais
la streptomycine arrêtée le 7.12.

Janvier 1967 : à la radio : régression partiel-
le des images.

18.2.67 : sort contre avis médical.

o

OBSERVATION 26 -

Madame C... Geneviève, 49 ans.

29.11.55 au 25.8.56 : séjour en sanatorium
pour un infiltrat para-hilaire G. bacil-
lifère.

Traitement par PAS + INH + Streptomifine.
Négativation de l'expectoration.

Sort sur sa demande et ne prend plus de
médicament.

Juillet-Août 1966 : toux.

Octobre 1966 - radio : importante rechute G
avec ensemencement D.

12.12.66 au 9.3.67 : hospitalisée à Argenteuil.
BK + Résistance à la Streptomycine
Radio : tuberculose bilatérale ulcéro-
nodulaire à prédominance G.
Traitement : PAS + INH + Trécator +
Streptomycine.
Faible régression radiologique.

9.3.67 : entre à Villepinte.
BK + en mars, BK O ensuite.
Radio-tomos : à D. importantes opacités
infiltratives et nodulaires prédominant
dans la région axillaire.
à G. lobe supérieur dense
et rétracté, opacités nodulaires floues
dans la région axillaire.
Traitement : INH + PAS + Cyclosérine
(arrêté en novembre) + Trévintix.
Bilan radio-tomos de sortie : nette amé-
lioration bilatérale surtout à D. où il
ne persiste que quelques opacités nodu-
laires bien limitées ; à G. allègement
des opacités.

14.1.68 : départ autorisé avec ordonnance.

o

OBSERVATION 27 -

Madame H... Marie-Thérèse, 29 ans.

Tuberculose pulmonaire grave découverte en
décembre 1964 à la suite d'une pneumopathie
aiguë, traitée à plusieurs reprises d'une ma-
nière irrégulière tant en milieu sanatorial
qu'à domicile.

3.1.68 au 19.4.68 : 1e séjour à Villepinte.

Etat général médiocre avec asthénie, anorexie, sueurs nocturnes, toux, dyspnée d'effort.

BK + Résistance à Streptomycine, INH, PAS.

Radio-tomos : à G. le poumon est transformé en une énorme masse caséo-fibreuse excavée à sa partie supérieure.

à D. images ulcéro-nodulaires multiples disséminées dans toute l'étendue du champ pulmonaire.

Traitement : Rimifon + PAS + Ethambutol + Piraldina.

Rapide amélioration de l'état général.

BK 0 à partir de février.

Début d'amélioration radiologique.

27.3.68 : résultat de l'antibiogramme : Rimifon et PAS sont remplacés par Trécator et Kanamycine.

19.4.68 : quitte le sanatorium sans autorisation et arrête tous les médicaments.

18.7.68 au 9.9.68 : 2e séjour à Villepinte.
Etat général médiocre, toux, expectoration.

BK + en juillet et août.

Lésions considérables à la radio, majorées par rapport à mars 1968.

Reprise du traitement par Trécator, Kanamycine, Piraldina, Ethambutol.

27.8.68 : début d'amélioration radiologique.

9.9.68 : quitte de nouveau le sanatorium sans autorisation.

OBSERVATION 28 -

Madame L... Nelly, 39 ans.

Mars 1965 : épisode respiratoire fébrile.

Juillet 1965 : on découvre une lobite supérieure gauche excavée.

BK +

La cure sanatoriale est refusée.

Traitement triple à domicile : PAS + Streptomycine + Rimifon.

L'antibiogramme à partir de la culture faite en juillet 1965 montre une résistance à la Streptomycine.

Octobre 1965 : amélioration de l'état général et BK 0 depuis août entraînant l'arrêt du PAS.

La malade prend plus ou moins régulièrement Rimifon associé à Streptomycine jusqu'en

Septembre 1966 : où survient une rechute hautement fébrile.

BK + Résistance à la Streptomycine.

Le Trévintix est alors ajouté au traitement puis arrêté en mars 1967, cependant qu'aucune amélioration n'était constatée, la maladie ne faisant au contraire que s'aggraver.

10.6.67 : la malade est admise au C.C.M.L. en pleine poussée évolutive avec perforation pluro-pulmonaire.

Température à 40°

BK +

22.6.67 : la malade est adressée à Villepinte, car elle n'était pas en état d'être opérée.

Etat général médiocre. Température à

39-40° ; expectoration muco-purulente et dyspnée très importante.

Radio-tomos à l'entrée :

à G. poumon détruit avec volumineuse cavité sécrétante à niveau liquide, masses caséeuses etc...

à D. début de bilatéralisation avec petits nodules flous dans la région axillaire.

VS = 100-110

BK +

Traitement entrepris : Sorbi-PAS + Tracator I.V., Ethambutol 1,5 g, Piraldina 1 à 4 c, Cyclosérine 2 c, Terramycine 1 g, et série de 6 ampoules de Calciférol.

Evolution lente mais satisfaisante avec tarissement de la toux et de l'expectoration et diminution de la dyspnée.

Sur les bilans radiologiques on notait un début de détersion puis un franc nettoyage des opacités notamment à D. puis même à G.

Jusqu'en Septembre 1967 : BK +; B + en octobre et novembre 1967. A partir de décembre BK 0.

12.10.67 : antibiogramme lu : résistance à la Streptomycine, PAS, Trécator, Rimifon, et Kanamycine. PAS et Trécator sont alors remplacés par la Viocine.

23.2.68 : la malade est adressée au C.C.M.L. Bronchoscopie : coudure infranchissable de la bronche souche G. Le cathétarisme cardiaque montre une ventilation nulle à G.

7.3.68 : Pneumonectomie G. Suites très simples. Durant son séjour au C.C.M.L. : Piraldina + Ethambutol + Cyclosérine.

30.3.68 : retour à Villepinte.

Etat général satisfaisant mais toux avec expectoration.

Radio du 1.4. volumineuse bulle d'air au dessus d'une plage opaque.

BK O

Traitement : Ethambutol, Piraldina, Terramycine.

Evolution satisfaisante avec disparition progressive de la bulle d'air et comblement de la cavité de pneumonectomie.

A D. il persiste quelques micro-nodules axillaires.

21.6.68 : départ autorisé avec Ethambutol, Piraldina, Terramycine.

o

OBSERVATION 29 -

Madame M..., 38 ans.

Vers 1958 : découverte d'une tuberculose pulmonaire D. traitée quelques mois à domicile notamment par Streptomycine.

Mai 1967 : début de la toux.

Octobre 1967 : radio : opacités anormales.

Elle reçoit de la Pénicilline puis Streptomycine et Isobenzacyl fort.

20.1.68 : radio : opacités d'aspect fibro-nodulaires siégeant en arrière et semblant anciennes.

BK + Résistance à INH et sensibilité diminuée à la Streptomycine.

5.3.68 : entre à Villepinte.

BK + jusqu'à avril puis BK O

Traitement triple : PAS + INH + Streptomycine.

Début mai : résultat de l'antibiogramme :
Traitement : Sorbi-PAS + INH + Trévintix
+ Ethambutol.

6.8.68 : tomos : à G. nettoyage de 30 % environ au moins des opacités mais il persiste encore des travées et nodules flous.

10.8.68 : ne rentre pas de permission.

OBSERVATION 30 -

Mademoiselle M... Yvette, 40 ans.

Avril 1963 : découverte d'une tuberculose pulmonaire avec atteinte nodulaire du lobe supérieur G. et de la région axillaire D.

Avril 1963 à Juin 1963 : séjour à la Maison départementale de Nanterre.
Traitement : PAS + INH + Streptomycine.

Juin à Novembre 1963 : séjour au sanatorium d'Anicourt.
Même traitement.

Novembre 1963 au 28.1.64 : séjour au sanatorium de l'Albarine.
Même traitement, exérèse du sommet G. proposée mais refusée. Sort contre avis médical. Arrêt de tout traitement après cette sortie.

Décembre 1967 : après une grosse altération de l'état général avec toux et expectoration, consulte à Nanterre qui nous adresse directement la malade.

3.1.67 : entre à Villepinte.

Dyspnée d'effort.

Radio : multiples opacités macro-nodulaires floues dans les 2 champs.

BK + en janvier et février.

Antibiogramme : résistance à la Streptomycine et Viomycine.

Traitement : Sorbi-PAS + INH + Trévintix + Streptomycine, arrêtée fin mars dès le résultat de l'antibiogramme.

Nettoyage radiologique progressif, mais persistance d'opacités trabéculo-nodulaires axillaires surtout à G.

1.11.68 : transfert au sanatorium de La Tuvoille.

o

OBSERVATION 31 -

Madame P... Simone, 35 ans.

1954 : découverte d'une tuberculose ulcéro-nodulaire des 2 sommets.

Février à Juillet 1955 : séjour en sanatorium.

1959 et 1960 : hémoptysies.

2.8.61 au 28.12.61 : hospitalisation à Montfermeil pour une rechute sévère intéressant le sommet G. qui présente 2 grosses cavernes.

Janvier 1962 à Juillet 1964 : traitement à domicile.

Septembre 1964 : extension des infiltrations
péri-cavitaires G.

Juillet 1965 : apparition d'une 3e caverne à G.

Mars 1966 : reçoit INH + Viocine alternée avec
Streptomycine.

16.12.66 : entre à Villepinte

BK + Résistance à l'INH et à la Strep-
tomycine

à partir de février 1967 : BK 0

Radio : à G. cavité apicale, énorme ca-
vité axillaire et cavité latéro-traché-
ale qui disparaîtra en juin 1967 tandis
que les 2 autres se détergent.

à D. calcifications de micro-nodules
qui ne se modifieront pas.

Traitement : PAS + Cyclosérine + Terra-
mycine + INH (arrêt fin février 1967)
+ Piraldina rapidement remplacé par
Ethambutol. Terramycine arrêtée en
Avril.

2.8.67 au 24.9.67 : séjour au C.C.M.L. où l'on
pratique une thoracoplastie G.

30.10.67 : en tomos, à la place des cavités,
l'on observe au sommet G. des reliquats
fibreux.

12.4.68 : part en post-cure où l'on conseille
la poursuite du traitement PAS + Etham-
butol.

o

OBSERVATION 32 -

Madame S... Madeleine, 52 ans.

Tuberculose remontant à 1951 et traitée à plusieurs reprises mais toujours insuffisamment.

En décembre 1967 : toux, expectoration avec petite hémoptysie.

27.12.67 : hospitalisation à Tenon.

Radio : lésions disséminées dans tout le poumon D. avec importante caverne à la partie moyenne et nombreux nodules disséminés dans les 2 champs.

C + Sensible.

Traitement : Rifampycine + PAS + Kanamycine.

BK O dès février.

4.3.68 : entre à Villepinte.

Etat général satisfaisant.

Radio-tomos : opacités nombreuses, floues, disséminées dans les 2 champs à prédominance D., petite cavité à l'apex D. et une autre plus importante à la partie moyenne du champ.

Le traitement est poursuivi mais remanié le

16.4.68 : Rimifon + Ethambutol + PAS et 6 ampoules de Calciférol.

Evolution satisfaisante avec effacement progressif des opacités et des cavités.

9.9.68 : tomos : persistance d'un bloc fibro-calcifié dans l'apex D.

21.9.68 : départ autorisé avec Rimifon + Pasalca.

OBSERVATION 33 -

Madame T... Marthe, 78 ans.

1957-1958 : séjour de 3 mois à l'hôpital Beaujon puis en sanatorium d'où elle sort au bout de 3 mois.

1959-1961 : séjour en sanatorium.

1961 à 1966 : séjour à la Maison départementale de Nanterre.

Août 1965 : poussée évolutive aiguë bacillifère avec destruction du poumon G.

2.2.66 : entre à Villepinte.

BK + à l'entrée et jusqu'en juillet 1966 mais ensuite BK 0 constamment.

Antibiogramme : résistance au PAS, dépendance à INH.

Radio : image du poumon G. détruit et nodules parahilaires D. qui régresseront bien par la suite.

14.5.66 : début du traitement par Trécator I.V. + Piraldina + Cyclosérine. (cette dernière arrêtée en janvier 1968).

24.5.68 : Trécator et Piraldina sont arrêtés. La malade peut être considérée comme guérie avec de grosses séquelles. Sortie autorisée.

o

OBSERVATION 34 -

Madame C... Gisèle, 41 ans.

Tuberculose au long cours remontant à 1951, traitée en sanatorium.

Janvier 1967 : altération brutale de l'état général.

6.2.67 : hospitalisation à Lariboisière avec atteinte massive du poumon D.

8.2.67 : entre à Villepinte.

état général très mauvais, toux très importante avec expectoration muco-purulente.

Radio-tomos : atteinte massive ulcéro-nodulaire du poumon D. avec une volumineuse cavité sous-claviculaire.

C + Sensible.

un antibiogramme contre-indique la Streptomycine.

13.2.67 : mise au traitement : Rimifon + Sorbi-PAS + Trécator et 6 ampoules de Calciférol.

A partir de mars 1967 : BK 0

Amélioration extrêmement satisfaisante dès le début, les images s'effaçant rapidement aux différents bilans.

Amélioration remarquable de l'état général.

Traitement bien supporté.

15.3.68 : tomos : persistance de quelques opacités trabéculo-nodulaires dans la région axillaire D. et quelques tractus fibreux à l'apex.

23.3.68 : départ autorisé avec Rimifon, Trécator, Parapectan.

o

OBSERVATION 35 -

Madame D... Ginette, 37 ans.

1948 : 1ère atteinte : volumineuse cavité parahilaire G.
hospitalisation à l'Hotel-Dieu, pneumothorax + Streptomycine (50 g).

1953 : rechute, hospitalisation à Broussais.
traitée par Streptomycine pendant 2 mois et demi et PAS.
Arrêt définitif du pneumothorax.

28.2.66 : radio prénatale : opacité arrondie semblant excavée rétro et sous-claviculaire D. Pas de suite.

Juin 1967 : modification de l'opacité qui est devenue plus floue et est nettement excavée.

19.6.67 : hospitalisation à l'Hotel-Dieu.
BK + Sensible.

26.6.67 : début du traitement par Rimifon 600
+ Trévintix 750.

26.7.67 : entre à Villepinte

BK 0

Radio-tomos : large excavation sous-claviculaire D. et une cavité plus petite sus-jacente avec opacités alentour.
Traitement : Rimifon + Trécator + Ethambutol.

Evolution satisfaisante avec disparition progressive des cavités et diminution des opacités.

18.5.68 : départ autorisé avec Rimifon + Trécator.

OBSERVATION 36 -

Madame B... Andrée, 56 ans.

18.8.65 : hémoptysie. Hospitalisation d'urgence à Melun où elle restera jusqu'en mars 1966.

BK +

Traitement : PAS + INH + Streptomycine.

Mars à Octobre 1966 : continue à prendre à domicile Viocine + PAS + INH

Septembre 1967 : épisode bronchitique suivi d'une petite hémoptysie.

BK +

Radio : plage caséuse axillaire G., avec nodules dans tout le L.S.G.

7.10.67 au 22.12.67 : hospitalisation à Melun.

Traitement : INH + Trécator + PAS + Streptomycine.

Résistance à PAS, Trécator, Kanamycine; Début d'amélioration radiologique.

26.12.67 : entre à Villepinte.

BK 0

Traitement poursuivi : INH + PAS + Trévintix + Cyclosérine en mars, pendant 4 mois et Rifampicine en juillet. Evolution radiologique favorable avec régression de l'image axillaire G. et opacités fibreuses de l'apex G.

31.8.68 : sortie.

o

OBSERVATION 37 -

Madame J... Berthe, 56 ans.

Tuberculose au long cours dont le début remonté à 1958, divers traitement irréguliers et insuffisants.

31.1.66 : hospitalisation à Tenon.

Radio : poumon G. détruit et évidé, et atteinte ulcéro-caséeuse de la partie moyenne du champ D.

BK + Sensible.

Altération très importante de l'état général et gros signes d'évolutivité.

Traitement : PAS + UNH + Streptomycine remplacée en mars par Trécator + Kanamycine et Cyclosérine (ces 2 dernières abandonnées fin avril).

Amélioration de l'état général.

BK 0 à partir de juin 1966.

4.7.66 : entre à Villepinte.

Le même traitement est poursuivi avec Viocine discontinue de Novembre 1966 à Avril 1967.

Evolution radiologique satisfaisante compte tenu de l'atteinte initiale : quelques discrètes travées dans le poumon D., hémithorax détergé et rétracté à G.

22.6.68 : départ autorisé avec INH et Trécator.

OBSERVATION 38 -

Madame L... Monique, 31 ans.

Tuberculose remontant à 1954, traitée à domicile irrégulièrement par Rimifon, Streptomycine et Calcium.

Arrêt définitif du traitement vers le mois de mai 1955, non suivie depuis.

Juin 1966 : asthénie, amaigrissement, gêne respiratoire, traitement symptomatique.

Décembre 1966 : aggravation avec apparition d'un point de côté, de toux et expectoration.

Adressée au dispensaire de Noisy-le-Sec :
BK + et cavernes multiples bilatérales.

8.2.67 : entrée à Villepinte.

Etat général médiocre, toux, cyanose, expectoration.

BK + Souche sensible.

Radios-tomos : atteinte massive bilatérale, multi-cavitaire, à nette prédominance D., la presque totalité du poumon est atteinte.

Traitement : PAS remplacé par INH le 15.4.67, Trécator remplacé par Ethambutol le 6.4.67, Kanamycine remplacée par Streptomycine le 2.5.67, Piraldina à partir du 1er mars 1967, 6 ampoules de Calciférol.

BK + jusqu'en mai 1967.

Evolution radiologique très favorable.

Sur le dernier bilan : à G. persistance d'un bloc ulcéro-fibreux détergé à l'apex.

à D. quelques tractus fibreux inter-cléïdo hilaires.

30.3.68 : départ autorisé avec Rimifon + Ethambutol.

o

OBSERVATION 39 -

Madame M... Marie, 54 ans.

1960 : séjour de 2 mois à La Salpêtrière pour

pleurésie G., traitée par PAS, INH,
Streptomycine, ensuite séjour en maison
de repos.

23.8.66 au 25.11.66 : nouveau séjour à La Sal-
pêtrière.

Radio-tomos : cavernes étendues du som-
met G. et infiltrations ulcéro-nodulaires
importantes des 2 champs à maximum G.

BK +

Traitement : Isoxyl + PAS + Piraldina +
Streptomycine remplacée fin septembre
par du Trécator.

Début d'amélioration radiologique.

25.11.66 : entre à Villepinte.

A partir de

décembre 1966 : BK 0

Poursuite du traitement par Trévintix,
PAS, Isoxyl, Piraldina.

L'amélioration radiologique est satis-
faisante.

Sur le bilan de sortie : à D. quelques
discrètes opacités bien limitées, à G.
bulle apicale ainsi que quelques nodules
bien limités.

28.4.68 : départ autorisé.

o

OBSERVATION 40 -

Madame M... Eugénie, 49 ans.

Première atteinte, miliaire pulmonaire traitée
par Rimifon, Trécator, Streptomycine du 29.7.66
au 26.9.66 à l'hôpital Tenon, puis du 26.9.66
à Villepinte qu'elle quitte contre avis médical.

La malade n'est plus suivie et ne prend plus de médicaments ensuite.

6.4.68 : 2ème atteinte, hospitalisation à Tenon en très mauvais état général.

Radio : cavités multiples avec évidemment du sommet G., dissémination nodulaire sous-jacente dans les 2 poumons à prédominance G.

BK + Souche sensible.

10.4.68 : traitement par Rifampicine + PAS + Kanamycine + Rimifon.

Amélioration lente de l'état général.

Radio : l'évidement du LSG se complète et création à D. de cavités finement cerclées.

Juillet : B O mais C +

10.7.68 : arrêt de la Rifampicine et de la Kanamycine remplacées par Trévintix et Ethambutol.

22.7.68 : entre à Villepinte.

B + mais C O

Etat général médiocre.

Traitement poursuivi avec : Rimifon + PAS + Trécator + Ethambutol + 6 ampoules de Calciférol.

Evolution satisfaisante B + en août et BK O à partir de septembre.

Sur le plan radiologique nettoyage convenable notamment à D. où la majorité des cavités a disparu en octobre 1968.

9.11.68 : ne revient pas de permission.

OBSERVATION 41 -

Madame M... Yvette, 30 ans

1949 : Pleurésie D.

Novembre 1965 à octobre 1966 : après hémoptysie, hospitalisation à Fort-de-France en raison des lésions ulcéro-nodulaires du sommet D.

Traitée par INH + PAS + Streptomycine (90 g) puis Viocine (80 g).

En sortant de l'hôpital continue à prendre Parapectan.

Février 1967 : arrive en métropole.

30.6.67 : hémoptysie.

1.7.67 au 8.8.67 : séjour à l'Hotel-Dieu.

BK + Résistance à l'INH

Radio : à D. opacités nodulaires floues du sommet, ulcération de la partie moyenne, séquelles pleurales.

à G. quelques nodules assez bien limités à l'apex.

Traitement : INH + Trévintix.

10.8.67 : entre à Villepinte.

BK 0 durant tout le séjour

Traitement : on poursuit INH + Trévintix.

En septembre on ajoute : cyclosérine + Streptomycine arrêtée à 23 g, et remplacée par PAS.

A partir d'octobre : cyclosérine + PAS + Trévintix + INH maintenu malgré la résistance.

Kinésithérapie : résultat appréciable.

Bilan radio de sortie : régression des opacités trabéculo-nodulaires, les images restantes sont bien limitées.

12.4.68 : sortie autorisée.

OBSERVATION 42 -

Madame P... Yolande, 47 ans.

Antécédents : luxation congénitale des 2 hanches.

Déformation considérable des 2 membres inférieurs.

Cyphoscoliose avec insuffisance cardiaque.

1963 : miliaire traitée par traitement triple + corticothérapie pendant 8 mois à l'hôpital d'Amiens, puis 4 mois en sanatorium.

11.8.67 : réadmission à l'hôpital d'Amiens, pour altération de l'état général.

Radio : infiltrat ulcéro-nodulaire de la région sous-claviculaire G.

BK +

Traitement : Rimifon + Streptomycine + Trécator remanié le 15.11.67 : Rimifon + Trévintix + Kanamycine.

4.1.68 : entre à Villepinte

Etat général médiocre, la malade étant extrêmement gênée par son syndrome ostéo-articulaire.

Radio-tomos : infiltrat ulcéro-nodulaire à l'apex G.

BK 0 pendant tout le séjour.

Traitement : Rimifon + Ethambutol + Trécator remplacé le 15.1.68 par PAS car l'antibiogramme montre une sensibilité très diminuée au Trécator.

Evolution : disparition progressive des pertes de substance.

4.7.68 : arrêt de l'Ethambutol

Tomos du 22.7.68 : persistance de no-

dules denses à l'apex G. Le problème ostéo-articulaire prenant largement le pas sur la maladie tuberculeuse, le

26.9.68 : transfert à Berck.

o

OBSERVATION 43 -

Mademoiselle C... Yvonne, 71 ans.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse chronique D, chez un malade présentant une tolérance très limitée aux différentes formules antibiotiques.

28.10.66 : entre à Villepinte.

BK + Résistance à INH, PAS, Streptomycine, Trécator.

Après un temps d'observation et de traitement général, en

mars 1967 : antibiothérapie de relais par Piraldina 2 c, Ethambutol 3 c.

Cette association sera poursuivie jusqu'à la fin du séjour.

En mars B O C +

En avril B O

En juin BK O définitivement ce qui autorise le

24.8.68 : le départ avec une ordonnance pour la poursuite du même traitement.

o

OBSERVATION 44 -

Madame B... Marguerite, 37 ans.

Tuberculose pulmonaire découverte en 1965 et

traitée de façon anarchique, la malade ayant refusé à plusieurs reprises un séjour sanatorial.

20.2.67 : la malade est admise au C.C.M.L. où est constaté une tuberculose pulmonaire majeure : lobe inférieure G. détruit, L.S.G. surdistendu et emphysémateux.
BK + Résistance à INH.

6.3.67 : entre à Villepinte en séjour pré-opératoire.
Etat général médiocre, toux, expectoration.
B + en mars et avril, ensuite BK O
Traitement : Rimifon + Cyclosérine + Trécator remplacé rapidement, car mal toléré, par PAS arrêté mi-mai pour la même raison. Streptomycine et Kanamycine contre-indiquées par une hypoacousie, 6 ampoules de Calciférol.
Evolution assez satisfaisante avec détermination des opacités radiologiques.
Cyclosérine arrêtée le 8.6.67 en raison de troubles psychiques. A partir de cette date traitement régulièrement poursuivi : Rimifon + Piraldina + Ethambutol + Terramycine.

17.10.67 : adressée au C.C.M.L.
Pneumonectomie G. Suites simples.

15.11.67 : retour à Villepinte
Bon état général
Le traitement est repris.

26.1.68 : sort contre avis médical.
Radio : bon résultat avec résorption de la bulle d'air, peu de déplacement médiastinal. Ascension diaphragmatique favorable.

ANALYSE DES CAS

-:-

Nous étudierons les résultats obtenus sur le plan bactériologique et radiologique en fonction de l'étendue des lésions actuelles et de la sensibilité des germes. Nous verrons ensuite quelle importance donner au choix de la formule antibiotique.

I - Etendue des lésions :

1) lésions peu étendues (petite partie d'un lobe)

- cavitaires : 9 cas

 négativation à 1 mois : 3

 " 2 " : 1

 " 3 " : 3

 " 4 " : 1

 " 5 " : 1

 radiologie : 4 bons résultats

 5 très bons résultats.

Radiologie : nous classerons les résultats en :

- médiocres

- bons : amélioration avec régression incomplète des lésions, persistance de perte de substance insuffisamment détergées et d'opacités notables d'aspect caséeux.

- très bons : régression marquée avec en moins

- non cavitaires : 2 cas négativés à 2 mois.
2 très bons résultats radiologiques.

2) lésions moyennement étendues (équivalent en surface à la moitié d'un champ pulmonaire).

8 cas : négativation à 1 mois : 2
" 2 " : 3
" 3 " : 2
" 4 " : 1

5 bons résultats radiologiques,
3 très bons "

3) lésions très étendues (plus d'un lobe ou bilatérales).

25 cas : 2 cas n'ont pas été négativés mais chez des malades sorties après 3 et 5 mois de séjour.

négativation à 1 mois : 1
" 2 " : 8
" 3 " : 7
" 4 " : 5
" 5 " : 1
" 8 " : 1

résultats radiologiques :
2 nuls (cas déjà cités)
10 bons
13 très bons.

Il apparaît déjà que le délai de négativa-

d'un an constitution d'un aspect radiologique satisfaisant pouvant être considéré comme définitif compte tenu de l'atteinte initiale.

tion se situe en moyenne vers le deuxième ou troisième mois de traitement, ceci quelle que soit l'importance des lésions. Par ailleurs, sans tenir compte des séquelles fonctionnelles éventuelles, l'évolution radiologique est en accord avec cette première constatation.

II - Sensibilité des germes :

1) bacilles totalement sensibles :

22	négativator à 1 mois	:	3
"	2 "	:	8
"	3 "	:	5
"	4 "	:	4
"	5 "	:	1

1 échec (cas déjà cité).

résultats radiologiques :

1 nul
10 bons
11 très bons

2) bacilles résistant à 1 antibiotique : 6 cas.

Négativator à 1 mois	:	2	R - R
"	3 "	:	3 T - R - S
"	4 "	:	1 S

Résultats radiologiques :

3 bons
3 très bons

3) bacilles résultants à 2 antibiotiques : 6 cas.

Abréviations utilisées : Rimifon : R -
Streptomycine : S - PAS : P - Trécator : T -
Kanamycine : K - Viomycine : V -

négativation à 2 mois : 3 S+V R+S R+P
" 3 " : 1 R+S
" 4 " : 1 R+P
" 5 " : 1 R+S

Résultats radiologiques :

1 bon
5 très bons.

4) bacilles résistants à 3 antibiotiques :
7 cas.

négativation à 1 mois : 1 R+S+P
" 2 " : 2 R+S+P dans les
2 cas.
" 3 " : 3 P+T+K
R+S+T 2 fois

1 échec (cas déjà cité)

Résultats radiologiques :

1 nul
4 bons
2 très bons

5) bacilles résistants à 4 antibiotiques :

1 cas (R+S+P+T) négativé à 2 mois avec
un très bon résultat radiologique.

6) bacilles résistants à 5 antibiotiques :
2 cas.

négativation à 4 mois : 1 R+S+P+T+K
" 8 " : 1 R+S+P+T+K

2 très bons résultats radiologiques.

Dans ce 2ème cas la résistance à la Kanamycine est apparue secondairement après 5 mois de traitement.

Au total, résistance au Rimifon : 17 cas sur nos 22 malades présentant une résistance,

viennent ensuite :

- la Streptomycine : 15
- le PAS : 10
- le Trécator : 7
- la Kanamycine : 2
- la Viomycine : 1

Comme l'on pouvait le prévoir une forte proportion de nos malades, 50 %, ont des bacilles résistants à un ou plusieurs antibiotiques.

Par contre, les résultats bactériologiques et radiologiques sont comparables à ceux obtenus dans les cas où les germes sont restés sensibles.

Ainsi, ni l'importance des lésions ni les données de l'antibiogramme ne peuvent engager le pronostic.

III - Formule thérapeutique.

Les associations sont extrêmement variables en fonction, bien entendu, de l'antibiogramme et de la tolérance médicamenteuse.

L'essentiel apparaît dans l'étude des observations, non pas obligatoirement de donner une formule très riche, mais surtout qu'elle soit suivie avec grande régularité : un antibiotique étant remplacé par un autre lorsque c'est nécessaire sans interruption.

Cependant nous pouvons remarquer que dans certains des cas les plus défavorables si l'on a obtenu des résultats comparables aux cas de meilleur pronostic, c'est parce que l'on a pu appliquer un traitement massif.

Ainsi, dans la première observation, 5 antibiotiques furent donnés en traitement d'atta-

que : Trécator, Cyclosérine, Piraldina, Ethambutol, Terramycine.

Négativation en 2 mois.

Observation n°5 : thérapeutique sextuple, préconisée par Etienne Bernard, comportant Sorbi-PAS, Trécator, Rimifon, Viomycine, Piraldina, Terramycine.

Négativation en 2 mois.

Observation n° 14 : également 6 antibiotiques au départ avec Sorbi-PAS, Trécator, Viomycine, Cyclosérine, Piraldina, Terramycine.

Négativation après 1 mois de traitement.

Si l'on étudie les cas de négativation tardive nous nous apercevons que le début réel de la formule efficace complète s'est trouvé retardé (en général par attente du résultat de l'antibiogramme) et que dès que cette formule a été utilisée le temps de négativation rejoint celui de l'ensemble des cas.

Citons l'observation n° 11 : résistance à 5 antibiotiques et négativation au 8e mois. A l'entrée résistance à 4 antibiotiques ; mais au 5e mois, alors que les bacilloscopies étaient encore positives et devaient montrer une résistance à un 5e antibiotique (Kanamycine), la malade avoua n'avoir pas pris ses médicaments jusque là.

En fait, le délai de négativation pourrait donc être ramené à 3 mois.

Signalons enfin l'observation n° 43 : négativation après 2 mois de traitement par Etham-

butol et Piraldina, seuls médicaments tolérés par la malade, alors que l'antibiogramme était particulièrement défavorable.

Il est bien évident que ce cas heureux et unique ne peut être pris statistiquement en considération, il a néanmoins le mérite de montrer l'efficacité des médicaments de relais dont nous disposons actuellement.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

L'étude des dossiers de tuberculoses invétérées soignées dans un sanatorium de femmes de la région parisienne illustre les progrès récemment accomplis dans le traitement de cette maladie.

Jusqu'à une période récente, cette catégorie de malades, que nous avons définie par la persistance d'expectoration bacillifère un an après la mise en oeuvre d'un traitement poursuivi ou interrompu, représentait le lot essentiel des tuberculoses chroniques justiciables de maintien indéfini en sanatorium. La pratique des associations chimiothérapiques très larges n'avait que partiellement réduit le nombre de ces tuberculeux chroniques incurables.

C'est certainement l'introduction récente de drogues de relais dont l'efficacité est comparable à celle des antibiotiques dits majeurs qui a permis de franchement améliorer le pronostic de telles formes.

L'efficacité de la thérapeutique a été jugée tout d'abord sur la négativation des expectorations et nous avons toujours obtenu cette négativation ; celle-ci est parfois longue à réaliser et plusieurs mois sont sou-

vent nécessaires pour que les bacilles disparaissent de l'expectoration.

Nous avons noté d'ailleurs que des améliorations radiologiques souvent très importantes sont l'habituel accompagnement des négativations bactériologiques. L'étendue des lésions ne nous est pas apparue comme un élément déterminant du passage à la chronicité. La résistance des bacilles à diverses drogues et notamment la résistance à l'isoniazide n'entraîne plus un pronostic réellement sévère.

C'est que les médications nouvelles peuvent se substituer avec efficacité aux antibiotiques classiques.

Il nous est apparu qu'il n'était pas nécessaire d'administrer plus de deux ou trois de ces agents thérapeutiques.

Cette reprise du traitement sur de nouvelles bases demande des contrôles précis et exige une grande discipline du malade, qui ne doit pas interrompre prématurément la prise des médicaments. Le sanatorium doit obtenir la prise de conscience par le malade de la gravité de sa tuberculose et de la rigueur avec laquelle son traitement devra être poursuivi.

Nous manquons de recul pour nous prononcer sur l'avenir des sujets ainsi traités. Nous ne savons pas si des rechutes se produiront après des traitements assez longtemps poursuivis. Enfin, nous n'avons pas envisagé les conséquences fonctionnelles des guérisons bactériologiques obtenues chez des sujets que l'étendue des destructions parenchymateuses pourra transformer en grands invalides respiratoires.

Vu :

Le Président :

Signé : H. BROCARD

Vu :

Le Doyen :

Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : Jean ROCHE



